Deutscher Bundestag **Drucksache 18/11607**

18. Wahlperiode 22.03.2017

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Dieter Janecek, Sven-Christian Kindler und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Arzneimittelversorgung an Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren – Heute und in Zukunft

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine gute Arzneimittelversorgung und eine fachkompetente Beratung. Ganz gleich, ob sie in der Stadt oder auf dem Land leben, ob sie dringend am Tage oder in der Nacht ein Medikament benötigen, ob sie chronisch krank sind oder nur einen kurzen Infekt haben.

Präsenzapotheken leisten hierbei unverzichtbare Dienste, wie die persönliche Beratung, die kurzfristige Arzneimittelherstellung und das Angebot von Nacht- und Notdiensten, die auch weiterhin flächendeckend und wohnortnah gewährleistet werden müssen. Der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln stellt dabei für bestimmte Patientinnen und Patienten einen zwar nur ergänzenden, aber wichtigen Teil der Gesundheitsversorgung dar. Das gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten mit komplexen chronischen und seltenen Erkrankungen.

Durch immer komplexer werdende Arzneimitteltherapien steigen die Anforderungen des Apothekers als Heilberuf. Damit wachsen die Anforderungen an die pharmazeutischen und kommunikativen Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker. Auch die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Mediziner, Apotheken und andere Gesundheitsberufe in ländlichen Regionen stellt eine zunehmende Herausforderung dar. Gesellschaftliche Entwicklungen wie der wachsende Anteil älterer Patientinnen und Patienten, die Abwanderung vor allem junger Menschen in die Ballungsräume, sowie die Bevorzugung von Angestelltenverhältnissen und geregelten Arbeitszeiten in den Gesundheitsberufen erfordern neue regionale Versorgungskonzepte. Sowohl für Patientinnen und Patienten, als auch für Apothekerinnen und Apotheker ist überdies das Vorhandensein einer verschreibenden Arztpraxis vor Ort von Bedeutung. Dazu kommt der hohe Altersdurchschnitt der Apothekeninhaberinnen und Inhaber und die zunehmende Herausforderung an weniger lukrativen Standorten eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zu finden. Diese Entwicklungen stellen die eigentlichen Herausforde-

rungen der zukünftigen Arzneimittelversorgung dar. Um sie zu verstehen, Ursachen und Auswirkungen zu entgegnen, bedarf es nicht nur einer grundlegenden Versorgungsforschung in Bezug auf die regionalen Entwicklungen in der Arzneimittelversorgung. Apothekerinnen und Apotheker müssen zum wichtigen Bestandteil einer aufeinander abgestimmten und Sektor übergreifenden regionalen Versorgung werden.

Ein infolge des Urteils des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zur Preisbindung ausländischer Versandapotheken (19. Oktober 2016 (Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15) diskutiertes Verbot des Versandhandels verschreibungspflichtiger Arzneimittel stellt hingegen keine Antwort auf diese Herausforderungen dar. Auch wie ein solches Verbot des seit 13 Jahren existierenden Versandhandels europa- und verfassungsrechtlich gerechtfertigt sei, ist nicht ersichtlich.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hob mit seinem Urteil die Apothekenpreisbindung für ausländische Apotheken auf, da er durch die vollständige Beschränkung des Preiswettbewerbs die ausländischen Versender benachteiligt sah. Belege für eine auf Grund der Preisbindung bessere regionale Verteilung der Apotheken in Deutschland, oder gar eine Gefährdung für die Arzneimittelversorgung im Falle ihres Wegfalls, sah der EuGH keine.

Seit der Aufhebung der Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente ausschließlich für ausländische Versandapotheken werben diese mit erheblichen Boni, welche die Beträge für in Deutschland von Patientinnen und Patienten zu leistenden Zuzahlungen teilweise deutlich übertreffen. Zuzahlungen sind insbesondere für chronisch Erkrankte bedeutende Belastungen, so dass ihre Abschaffung anzustreben ist. Jedoch darf dies nicht zu Lasten des für eine qualitativ hochwertige Beratung notwendigen Honorars der Apotheken geschehen. Eine Neuregelung der Preisgestaltung sollte daher für alle Akteure der hiesigen Arzneimittelversorgung gelten und für die Apothekenabgabepreise Leitplanken gegen ruinösen Wettbewerb schaffen, die Rabatte auf ein Minimum begrenzt halten.

Zur Bestimmung des langfristigen patientenorientierten Reformbedarfs der Arzneimittelversorgung, welcher sich aus den geänderten Anforderungen durch die gesellschaftlichen Entwicklungen und der zunehmenden Komplexität von Therapien ergibt, sollen zunächst die Ergebnisse des von dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2016 in Auftrag gegebenen Gutachtens zur „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ abgewartet werden. In einer Expertenkommission unter Beteiligung der Apothekerschaft, der Patientenorganisationen und anderer Akteure sollen dann konkrete Handlungsempfehlungen unterbreitet werden, wie die Versorgung im Hinblick auf die vielfältigen Anforderungen der Patientinnen und Patienten zu reformieren ist.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ein Verbot des Versandhandels rezeptpflichtiger Arzneimittel nicht weiter zu verfolgen und stattdessen

1. unverzüglich einen Gesetzentwurf vorzulegen, der in der Höhe begrenzte Apothekenabgabepreise von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ermöglicht, eine zusätzliche finanzielle Belastung der Patientinnen und Patienten vermeidet und die mit dem Urteil des EuGH hervorgerufene Benachteiligung einheimischer Apotheken gegenüber ausländischen Versandapotheken beendet;
2. gemeinsam mit den Ländern und Apothekenkammern ein flächendeckendes, regelmäßiges und transparentes Monitoring des Apothekenmarktes und der bedarfsgerechten Arzneimittelversorgung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

einzuführen;

3. eine Expertenkommission zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung einzuberufen, die dem Bundestag, Bundesrat und der Bundesregierung zeitnah konkrete Handlungsempfehlungen unterbreitet,
   a) wie auch auf Grundlage des vom Bundesministerium für Wirtschaft in Auftrag gegebenen Gutachtens zu Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung das Honorierungs- und Preissystem der Apotheken langfristig weiterentwickelt werden kann und mittelfristig die Zuzahlung für Medikamente abgeschafft werden können,
   b) wie flexiblere und bedarfsgerechte Versorgungsangebote in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen ermöglicht und Apotheken zu Akteuren in vernetzten, regional abgestimmten Versorgungsmodellen werden können.

Berlin, den 21. März 2017

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu Nummer 1

Für inländische Apotheken gilt nach §78 des Arzneimittelgesetzes eine Preisbindung für Medikamente, die individuelle Rabatte einzelner Marktteilnehmer verbietet. Ausländische (Versand-)Apotheken waren dieser Preisbindung seit ihrer Zulassung in 2004 zunächst nicht unterworfen. Sie rechneten mit den Krankenkassen individuell über §140e SGB V ab und konnten so Boni und Rabatte an ihre Kunden vergeben. 2012 wurde die bestehende Preisbindung für inländische Apotheken mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften auch auf ausländische Versandapotheken ausgeweitet.

Aufgrund einer Klage der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V. gegen den Patientenverband Deutsche Parkinson Vereinigung e.V., die seit 2009 zunächst nationale Gerichte beschäftigte, entschied der EuGH am 19. Oktober 2016, dass diese aktuelle Regelung der Preisbindung dem europäischen Recht widerspricht (Urteil vom 19. Oktober 2016, Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15). Demnach wirke sich der einheitliche Apothekenabgabepreis auf die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch in anderen Mitgliedstaaten ansässige Apotheken stärker aus als auf die Abgabe solcher Arzneimittel durch im Inland ansässige Apotheken. Dies stelle eine Maßnahme mit gleicher Wirkung wie eine mengenmäßige Einfuhrbeschränkung nach Art. 34 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) dar. Dies könne auch nicht mit dem Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen im Sinne des Art. 36 AEUV gerechtfertigt werden, da die Preisbindung nicht geeignet sei, diese angestrebten Ziele zu erreichen. Eine Bindung ausländischer Versandapotheken an den Apothekenabgabepreis wurde somit aufgehoben. In der Folge führte dies unmittelbar zu einer Benachteiligung inländischer Apotheken, für die die Preisbindung nach wie vor gilt.

Anstatt das hiesige Arzneimittelpreissystem entsprechend europarechtskonform und für in- wie ausländische Apotheken gleichermaßen und einheitlich zu gestalten, will der bisher vorliegende Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit nun eine Änderung der Preisbindung umgehen und den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln grundsätzlich verbieten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Allerdings hat das Bundesministerium für Gesundheit bislang keine neuen Argumente vorgelegt, die einen Eingriff wie das Verbot rechtfertigen würden oder erklärten, warum auf andere, augenscheinlich mildere Mittel wie eine Aufhebung der starren Preisbindung verzichtet wird. Die Bedürfnisse von chronisch kranken oder anderen Patientinnen und Patienten, die sich seit langem aufgrund ihres hohen und planbaren Arzneimittelbedarfs auf den Rx-Versandhandel eingestellt haben, werden im Referentenentwurf nicht berücksichtigt. Die in der Begründung zum Referentenentwurf enthaltene Argumentation des beabsichtigten Verbotes gleicht derjenigen, die das Ministerium bereits zur Aufrechterhaltung der Preisbindung vor dem EuGH vorgetragen hatte. Der EuGH hat diese Gründe geprüft und wegen fehlender Beweiskraft verworfen.

Das beabsichtigte Verbot träfe nicht nur die ausländischen, sondern auch die inländischen Versandapotheken. Ein solches Verbot wäre zumindest ein schwerwiegender Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Berufsfreiheit nach Artikel 12 und überdies ein Verstoß gegen den Grundsatz des freien Warenverkehrs innerhalb der Europäischen Union nach Art. 34 und 35 des AEUV. Ein solches Verbot ist deswegen zwar nicht von vorneherein ausgeschlossen, jedoch sind sehr hohe Hürden daran geknüpft (*vgl. Urteil des EuGH vom 11. Dezember 2003, Deutscher Apothekerverband, C-322/01*), die einer rechtlichen Überprüfung im Hinblick auf die Eignung des Verbots zu Verwirklichung des Zieles einer flächendeckenden, wohnortnahen und gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und das Fehlen alternativer, milderer Mittel standhalten müssen (*Urteil vom 19. Oktober 2016, Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15, Rn-Nr. 34*).

Wie der EuGH in seinem Urteil vom 19. Oktober 2016 (Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15, Rn-Nr. 35ff) ausführte, muss eine den freien Warenverkehr einschränkende Maßnahme mit einer Untersuchung zur Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit begleitet werden. Dazu bedarf es, so der EuGH, genauer Angaben von statistischen Daten, auf einzelne Punkte beschränkten Daten oder anderer objektiver Tatsachen. Dass die vorliegenden Daten zur Untermauerung der Preisbindung als Maßnahme zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Versorgung mit Arzneimitteln nicht genügen, führt der Generalanwalt in seinem Schlussantrag zum Urteil in Nr. 51ff aus.

In dem Verfahren vor dem EuGH wurde beispielsweise die Aufrechterhaltung der Preisbindung mit der Sicherstellung der Vor-Ort-Versorgung durch eine bessere räumliche Verteilung von Apotheken begründet (*Urteil vom 19. Oktober 2016, Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15, Rn-Nr. 37*). In ähnlicher Weise wird nun in der Begründung zum Referentenentwurf (Stand 24.01.2017) dargelegt, der Versandhandel führe zu einer weniger flächendeckenden und weniger gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung. Diese Behauptungen werden jedoch nicht untermauert. Bereits der EuGH hielt deswegen in seinem Urteil dieses Argument für nicht stichhaltig. Es gäbe keine Belege dafür, dass durch die Zulassung des Versandhandels und die Lockerung der Preisbindung die flächendeckende Versorgung mit Apotheken gefährdet sei.

Es ist daher wahrscheinlich, dass das nun angekündigte Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowohl europa- wie auch verfassungsrechtlich keinen Bestand haben wird.

Vor diesem Hintergrund sollten andere, mildere Wege beschritten werden, um die aus dem Urteil des EuGH entstandene Benachteiligung inländischer Apotheken unverzüglich aufzuheben und die Arzneimittelversorgung ohne Mehrkosten für Patientinnen und Patienten innerhalb eines fairen Wettbewerbs unter den Apotheken auch künftig zu gewährleisten.

Hierfür soll die bisherige Festpreisbindung in eine Höchstpreisbindung umgewandelt werden, von der Apotheken nur nach unten abweichen können. Dies verhindert Mehrkosten für die Versichertengemeinschaft. Eine solche Regelung sah bereits der Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung in 2006 vor (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG; BT-Drs. 16/3100). Ergänzend dazu bedarf es einer den Preiswettbewerb regulierenden Maßnahme, um Rabatte und Boni nur in einem bestimmten Rahmen zuzulassen. Dies könnte durch eine entsprechende Neufassung des §129 (1 b) SGB V erreicht werden, mit der Boni erlaubt und auf einen Wert von bis zu einem Euro begrenzt werden (*Deutsche Apotheker Zeitung Online vom 16.02.2017*). Dies ist auch der Vorschlag der Bundestagsabgeordneten Sabine Dittmar und Dr. Edgar Franke. Darüber hinaus gibt es noch weitere Vorschläge, welche die Regulierung des Preiswettbewerbes zum Ziel haben. Dazu gehören *Busse und Wasem et al.* die in einem Gutachten 2008 Obergrenzen für die Höhe der Zuzahlungen durch die Versicherten definierten, die von der Bundesregierung eingesetzte Monopolkommission, die in ihrem Hauptgutachten 2008/2009 vorschlug in der Höhe begrenzte Servicepauschalen für die Dienstleistungen der Apotheken einzuführen (*Hauptgutachten der Monopolkommission XVIII. Wettbewerbsdefizite bei Apotheken-Einzelhandel mit Arzneimitteln. BT-Drs. 17/2600*), außerdem *Coenen* und *Haucap* (*Coenen, Haucap: Wettbewerbspotenziale im deutschen Apothekenmarkt. Ordnungspolitische Perspektiven Nr. 17. Düsseldorf 2011*), die für eine zunächst von den Versicherten zu zahlende und in der Höhe begrenzte „Apothekentaxe“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

plädierten, sowie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, in seinem Gutachten von 2014 (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. BT-Drs. 18/1940*) vorschlug, apothekenindividuelle Handelsspannen zu ermöglichen (Vergleichbar auch mit *Cassel, Wille* in 2006 *(Häussler, Cassel, Wille: Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES 2006*)).

Zu Nummer 2

Aufgrund der nach wie vor unzureichenden Versorgungsforschung in Deutschland liegen derzeit nur wenige Daten zum Apothekenmarkt und zu dessen Bewertung vor. Zahlen der Landesapothekerkammern oder der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände insbesondere zu Eröffnungen und Schließungen von Apotheken werden nur unzureichend zur Verfügung gestellt.

Die bisher zugänglichen Daten weisen jedenfalls darauf hin, dass die Preisbindung gerade nicht zu einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung führt. So ist das durchschnittliche Betriebsergebnis einer öffentlichen Apotheke seit Jahren steigend, jedoch sind die Gewinne ungleich verteilt. Fast zwei Drittel der Apotheken liegen beim Jahresumsatz unter dem Durchschnitt. Diese ungleiche Verteilung ist, trotz Preisbindung, seit Jahren relativ konstant. So wundert es nicht, dass neue Apotheken vor allem in lukrativeren, städtischen Regionen entstehen. Nur ein Bruchteil der Neueröffnungen befindet sich auf dem Land. Ein weiteres Indiz dieses Konzentrationsprozesses und der Wirkungslosigkeit der Preisbindung ist die stark gestiegene Beschäftigtenzahl, während die Anzahl der Apotheken heute in etwa der von 1991 entspricht. Sollte sich der Trend der leicht Rückgängigen Apothekenzahlen in den letzten Jahren jedoch fortsetzen, wird es voraussichtlich zu Schließungen in ohnehin bereits weniger versorgten Gebieten kommen – auch weil die Preisbindung darin versagt hat, hier einen, gegenüber der Stadtlage, wirtschaftlich attraktiven Betrieb zu ermöglichen.

Eine Befragung von Apothekern durch das Institut für Handelsforschung (IFH) im Jahr 2016 ergab, dass sie zu niedrige Apothekerhonorare, zunehmende Auflagen und eine damit verbundene Bürokratisierung sowie eine sinkende Attraktivität des Berufsbildes als die drei Hauptgründe für Schließungen ansahen (http://www.ifh-koeln.de/pressemitteilungen/de-tails/apokix-apotheker-fuerchten-vermehrte-apothekenschliessungen/, *Stand: 13.12.2016*).

Davon, dass der Versandhandel die Apothekenzahlen signifikant beeinflusst hätte, kann nicht ausgegangen werden. In den 13 Jahren seit seiner Zulassung in 2004 ist der Marktanteil von Rx-Medikamenten nie über 1% gestiegen. Dies ist unter anderem mit dem im Rx-Versand hohen Aufwand für Patientinnen und Patienten zu begründen. Das vom Arzt verschriebene Rezept muss zunächst auf dem Postweg an den Versender geschickt werden, der wiederum nach Prüfung und Beratung das Medikament an die Patientinnen und Patienten versendet.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, gemeinsam mit den Ländern und Apothekenkammern ein Monitoring der Entwicklung und jeweiligen Hintergründe des Apothekenmarktes und der Arzneimittelversorgung einzuführen, um flächendeckend Veränderungen der Patientenversorgung rechtzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen in die Wege zu leiten.

Zu Nummer 3a)

Um die Arzneimittelversorgung durch Apotheken patientenorientiert fortzuentwickeln und an die geänderten gesellschaftlichen Entwicklungen anzupassen, sind jedoch weitere Schritte notwendig.

Für diesen Reformprozess wird eine Expertenkommission vorgeschlagen, der wesentliche Akteure der Arzneimittelversorgung angehören sollen. Hierzu zählen Patientenverbände und die Selbsthilfe, Apothekerschaft, Verbände von weiteren versorgungsrelevanten Gesundheitsberufen, die Bundesländer, die gesetzliche Krankenversicherung sowie unabhängige wissenschaftliche Expertinnen und Experten. Diese Kommission soll auf Grundlage des vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2015 in Auftrag gegebene Gutachtens zur „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“, unter anderem konkrete Empfehlungen vorlegen, wie das Preis- und Honorierungssystems grundlegend weiterentwickelt werden kann.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ein künftiges Honorierungssystem sollte insgesamt Anreize für eine differenzierte Patientenversorgung und für mehr Qualität setzen. Außerdem soll die pharmazeutische Beratung unter den Bedingungen komplexerer Arzneimitteltherapien und damit einhergehender höherer Anforderungen an die Arzneimitteltherapiesicherheit gestärkt werden. Diskussionswürdig wäre es, eine eigene einfache und transparente Gebührenordnung für die pharmazeutische Leistung der Apotheken zu schaffen. Diese könnte auch die zu Fehlanreizen führende strikte Verknüpfung mit der Arzneimittelabgabe aufheben. Ziel ist eine Vergütung, welche die geleistete pharmazeutische Beratungsleistung stärker honoriert.

Die Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Medikamente sind in ihrer steuernden Wirkung umstritten, mit bürokratischem Aufwand verbunden, belasten aber vor allem Patientinnen und Patienten mit geringen Einkommen in besonderem Maße. Sie sollten daher mittelfristig abgeschafft werden.

Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Einbeziehung ihrer pharmazeutischen Kompetenz sollten Apothekerinnen und Apotheker außerdem hinreichend an der Erstellung und Pflege des Medikationsplanes nach §31a SGB V und am elektronischen Rezept nach §291a Abs. 2 Nr.1 SGB V beteiligt werden.

Zu 3b)

Eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung durch Apothekerinnen und Apotheker muss flächendeckend, insbesondere auch im akuten Krankheitsfall durch Nacht- und Notdienste, gewährleistet sein. Vor allem in ländlichen oder sozial benachteiligten Regionen könnte es durch die zunehmende Konzentration von Apotheken in zentralen städtischen Lagen zu Problemen in der Arzneimittelversorgung kommen.

Die Kommission soll vor diesem Hintergrund konkrete Maßnahmen vorschlagen, wie in ländlichen oder sozial benachteiligten Regionen flexiblere und bedarfsgerechte Versorgungsangebote geschaffen werden können.

Die bestehenden Regulierungen bieten kaum Möglichkeiten, flexibel auf veränderte Versorgungsbedarfe etwa durch den demografischen Wandel zu reagieren. Dabei wäre dies gerade für die Arzneimittelversorgung ländlicher und sozial benachteiligter Regionen von großer Bedeutung.

Für den Betrieb einer öffentlichen Apotheke müssen beispielsweise zahlreiche rechtliche Bedingungen erfüllt werden. Dazu gehören auch Vorgaben zu den Betriebsräumen, zur Mindestgrundfläche, zum Vorhandensein eines Labors usw., die dem wirtschaftlichen Betreiben einer Apotheke hohe Hürden setzen.

Hierfür ist zu prüfen, ob und wie von den Anforderungen abgewichen werden könnte. Dadurch könnten Angebote ermöglicht werden, die gerade in dünn besiedelten Regionen die notwendige Versorgung gewährleisten, aber nicht das gesamte apothekenübliche Leistungsspektrum abbilden müssen.

Zur Finanzierung dieser Versorgung könnte darüber hinaus ein Sicherstellungzuschlag diskutiert werden, der vergleichbar mit der Notdienstversorgung aus einem umlagefinanzierten Fonds gespeist würde. Der Notdienstzuschlag wird durch eine Umlage von allen Apotheken, auch Versandapotheken, finanziert.

Vor allem in ländlichen und sozial benachteiligten Regionen kommt es auf die gute Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe an. Derzeit werden Gesundheitsregionen im Hinblick auf die dauerhafte Sicherstellung der Versorgung noch vorrangig für die ärztliche Versorgung in den Blick genommen. Gemäß §17 des Apothekengesetzes ist es im Falle einer Versorgung, die anders nicht gedeckt werden kann, Gemeinden und Gemeindeverbänden jedoch schon heute erlaubt, Apotheken zu betreiben. In Zukunft muss bei der Planung von Ärztehäusern oder Medizinischen Versorgungszentren neben anderen Gesundheitsberufen auch die Arzneimittelversorgung nach diesem Vorbild von Beginn an mitgedacht werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.